

FORMULARIO DE SEGUIMIENTO ANUAL HISTORIAL CLÍNICO

A. INFORMACIÓN GENERAL

Región: _____

Centro/Red/Proveedor Cuidado y Desarrollo en el Hogar: _____

Pueblo de residencia: _____ Pueblo donde recibe servicio: _____

Nombre del Niño(a): _____ Sexo: F M

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____
Día Mes Año

Nombre del médico de cabecera del niño(a): _____

Teléfono de la oficina: _____

Dirección donde recibe servicios de salud: _____

Plan Médico: _____ Reforma Privado

Lugar donde acude en situaciones de emergencias médicas: _____

Teléfono: _____

B. INFORMACIÓN A SER COMPLETADA POR PADRE, MADRE O ENCARGADO DEL NIÑO(A):

1. Nombre y Apellidos: _____

Relación con el Niño(a): _____

2. Nombre del Padre, Madre o Encargado(a) del Niño(a): _____

3. Persona a cargo durante el día: _____

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD	SI	NO	N/A	Comentarios
<p>c. alguna de estas condiciones, ¿interfieren con el funcionamiento del niño (a)?</p> <p>e. ¿Recibe WIC?</p>				<p>¿Cómo?: _____</p> <p>_____</p> <p>Especifique: _____</p> <p>_____</p>

6. HISTORIAL DE ALIMENTACIÓN			
<p>a. Lactancia ___ Si ___ No</p> <p>b. Fórmula que utiliza: _____</p> <p>c. ¿Leche de vaca?</p> <p>d. Cereales que consume:</p> <p>___ arroz ___ avena ___ cebada ___ trigo</p> <p>___ granos mixtos ___ con alto contenido de proteínas ___ todos</p> <p>e. Hortalizas ¿Cuáles consume?</p> <p>f. Carnes: ¿Cuáles consume?</p> <p>g. ¿Quesos?</p> <p>h. Granos: ¿Cuáles consume?</p> <p>i. ¿Arroz, viandas, pastas?</p> <p>j. ¿Galletas, pavo y yogurt?</p>			

Nombre y Apellidos del Padre, Madre o Tutor(a) del Niño

Firma del Padre, Madre o Tutor del Niño(a)

_____/_____/_____
 Día / Mes / Año